



NOTÍCIAS

CBHPM 2014 ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE DA AMB

fonte: SOBED



A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) está disponível, desde o início de janeiro, no site da Associação Médica Brasileira (AMB).

Para visualizá-la, basta acessar:

www.amb.org.br/arquivos/downloads/CBHPM-2014.pdf

INSCRIÇÕES ABERTAS PARA PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

fonte: SOBED

A Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) divulgou os editais dos concursos para obtenção do Título de Especialista em Endoscopia e/ou Certificado de Área de Atuação em Endoscopia Digestiva.

As inscrições estão abertas até 9 de março. A prova de conhecimentos teóricos será realizada no dia 12 de abril, no Hotel Jatiúca, em Maceió (AL), durante o IX Simpósio Internacional de Endoscopia Digestiva da SOBED.



INSCRIÇÕES: Associado <http://twixar.me/Dgg> | Não associado <http://twixar.me/Ggg>

EDITAIS E OUTRAS INFORMAÇÕES:

<http://twixar.me/H8l>

+ notícias em www.sobedrj.com.br

Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva – Estadual Rio de Janeiro (SOBED-RJ)

Rua da Lapa, nº 120, salas 309 a 311, Lapa, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20021-180

Telefones: (21) 2507-1243 | Fax: (21) 3852-7711

www.sobedrj.com.br | sobedrj@infolink.com.br

ÍNDICE

página 1 NOTÍCIAS SOBED-RJ

página 2 PALAVRAS DA PRESIDÊNCIA

página 3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE ESTÔMAGO

página 6 CLASSIFICAÇÃO DO MÊS

página 7 PRÓXIMOS EVENTOS

página 8 RESIDÊNCIA MÉDICA EM ENDOSCOPIA

PALAVRAS DA PRESIDÊNCIA

Dr. Ronaldo Taam



O ano se inicia com incertezas provocadas pelo cenário econômico atual. Como comentado, anteriormente, a nossa sociedade se mantém pelo repasse, através da nacional, das anuidades dos associados e de patrocínios das empresas do complexo médico-farmacêutico e da Unimed Rio, única representante do segmento de saúde suplementar.

Os patrocinadores estão receptivos, com os atuais assumindo o compromisso de continuar colaborando, enquanto novos contatos foram realizados em busca de novas parcerias. Por outro lado, há a necessidade de incentivar os colegas endoscopistas em se

filiar à sociedade.

Temos dois grandes custos, a saber: o boletim mensal e as reuniões científicas. Quanto ao boletim, primamos em honrar as cláusulas contratuais junto aos patrocinadores da publicação em papel até o final do ano. A partir de agora, o boletim será sob a forma digital. Esta alteração propicia opções interessantes nos aspectos científicos e de publicidade. As reuniões científicas no Colégio Brasileiro de Cirurgias representavam um custo elevado e como esta atividade educacional significa um ponto de honra da SOBED Rio, optou-se por mantê-la em outro local, cuja redução dos valores viabilizará o número de sessões ao ano. Esta modificação será amplamente divulgada aos associados.

Incertezas, dificuldade, problemas, todos enfrentamos no dia-a-dia, devemos encará-los como desafios e buscar soluções.

GESTÃO 2014 - 2016

presidente RONALDO TAAM

vice-presidente LUIZ ARMANDO RODRIGUES VELLOSO

1ª secretária LILIAN MACHADO SILVA

1º tesoureiro FLAVIO ABBY

2ª secretária PAULA PERUZZI ELIA

2º tesoureiro JOÃO CARLOS DE ALMEIDA SOARES

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE ESTÔMAGO

CHOLLET, R.; et al. Prévention du cancer de l'estomac. Acta Endosc n.44, p. 219-222, 2014.

FREQUÊNCIA

O câncer de estômago é muito frequente, com um milhão de novos casos diagnosticados em todo mundo por ano, sendo o quarto mais frequente e a segunda causa de morte por câncer. Na França, é o quinto mais frequente dentre todos os tipos de câncer e o segundo dentre os do aparelho digestivo, com quase 6500 novos casos e 4500 óbitos em 2011. O câncer de estômago acomete principalmente indivíduos com mais de 65 anos e homens.

Nos últimos 50 anos, a frequência do câncer de estômago diminuiu nos países ocidentais, paralelamente à redução da frequência de infecção pelo *Helicobacter pylori*, melhora da conservação de alimentos e das condições de higiene explicam esse efeito. A diminuição na incidência refere-se essencialmente ao tipo intestinal. Quanto ao câncer gástrico do tipo difuso, que acomete o estômago proximal e indivíduos mais jovens, observamos um aumento na incidência.

FATORES DE RISCO

Aproximadamente 80 % dos casos de câncer de estômago têm uma relação com *H. pylori*, que coloniza a mucosa gástrica e persiste por toda vida, sem ter sido erradicado com um tratamento apropriado. Essa infecção se adquire na infância por transmissão fecal-oral. Na França, acomete 20 a 30% da população.

Vários estudos epidemiológicos confirmaram o papel da infecção pelo *H. pylori* na carcinogênese gástrica. Em 1994, a OMS classificou o *H. pylori* entre os agentes carcinogênicos tipo 1, diretamente responsável pelo câncer de estômago. Estima-se que 1% dos infectados pela bactéria vão desenvolver câncer de estômago durante a vida. Outros fatores relacionados à sua ocorrência são o consumo excessivo de sal, o baixo consumo de frutas e de legumes, a ingestão de substâncias carcinogênicas presentes no álcool e certos alimentos e o tabagismo.

Certas condições pré-cancerígenas favorecem ao câncer de estômago, sendo estas a doença de Biermer, a doença de Ménétrier, os pólipos gástricos adenomatosos, antecedente de

úlcera gástrica (UG) ou a ressecção cirúrgica (gastrectomia parcial). Certas doenças genéticas são acompanhadas de um risco aumentado de câncer de estômago, como o câncer gástrico difuso hereditário, a polipose adenomatosa familiar e a síndrome de Lynch.

RISCO FAMILIAR DE CÂNCER DE ESTÔMAGO - MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Os estudos têm demonstrado que os parentes de primeiro grau (pais, irmãos e filhos) de um paciente acometido pelo câncer de estômago possuem um risco maior que a população geral de desenvolvê-lo ao longo da vida. Esses parentes são frequentemente infectados pelo *H. pylori*, podendo estar assintomáticos, ainda que tenham lesões que favoreçam o aparecimento de câncer (atrofia e metaplasia), o que justifica medidas específicas de prevenção. Eles devem procurar um serviço médico, a fim de realizar a pesquisa da bactéria:

- parentes com menos de 40 anos podem ser submetidos a teste respiratório ou sorologia;
- parentes com mais de 40 anos devem fazer uma exploração endoscópica para pesquisar o *H. pylori* e lesões pré-cancerígenas.

SUJEITOS SOB RISCO DE CÂNCER: VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO

Em países com alta incidência de câncer de estômago, recomenda-se rastreamento em massa da infecção pelo *H. pylori*, tratar preventivamente o mais cedo possível, antes do aparecimento de lesões pré-cancerígenas.

Em países cuja incidência é muito baixa, como na França, uma pesquisa em massa não é recomendada. Nessa condição, seria adequado selecionar os casos de alto risco e tratar uma possível infecção pelo *H. pylori*. As principais categorias de riscos são:

- história familiar positiva de câncer de estômago para parentes de primeiro grau;
- gastrectomia parcial por câncer ou tratamento endoscópico prévio para neoplasia superficial (mucosectomia ou dissecação de submucosa);

- paciente com lesão pré-cancerígena: pangastrite severa ou com predomínio em corpo, atrofia severa ou metaplasia intestinal extensa, displasia, doença de Biermer, doença de Ménètrier;
- pacientes em tratamento com inibidor de bomba de prótons (IBP) por mais de um ano;
- pessoas oriundas de países com alta incidência de câncer (países asiáticos e sul-americanos);
- pessoas com alguma síndrome que predisponha o aparecimento da câncer no trato digestivo (HNPCC/Lynch).

Pacientes que passarão por uma cirurgia bariátrica por by-pass, não estão sob risco de câncer gástrico; entretanto a pesquisa e erradicação do H. pylori deve ser realizada porque o procedimento deixará o estômago inacessível a novos exames.

EXPLORAÇÃO ENDOSCÓPICA DE PACIENTES COM RISCO AUMENTADO DE CÂNCER GÁSTRICO

Uma EDA deve ser proposta como primeira escolha para pacientes com mais de 40 anos e risco aumentado; ela permite pesquisar o H. pylori e detectar lesões gástricas pré-cancerígenas (atrofia, metaplasia intestinal e displasia). O exame da mucosa deve ser metuculoso. A cromoscopia convencional e a cromoscopia virtual podem ajudar a detectar focos de metaplasia. Na ausência de sinais endoscópicos evidentes de atrofia gástrica, a realização de biópsias gástricas deve ser sistemática, mesmo na ausência de lesão evidente. As recomendações são: realizar ao menos cinco biópsias, duas no antro, uma na incisura angularis e duas no corpo (8 a 10 cm abaixo do cárdia).

TRATAMENTO PARA ERRADICAÇÃO DO H. PYLORI

Em caso de infecção pelo H. pylori, um tratamento de erradicação é justificada quaisquer que sejam as lesões na mucosa gástrica. O esquema tríptico clássico (IBP + claritromicina + amoxicilina) é ineficaz em mais de 30% dos casos, em virtude de alta resistência a claritromicina. Novos modelos de tratamento foram propostos pelo consenso europeu Maastrich IV/Florence com a primeira escolha: esquema de tratamento sequencial ou quádruplo à base de bismuto. A erradicação deve ser controlada por um teste respiratório com ureia marcada no carbono 13, quatro semanas após o término dos antimicrobianos e duas semanas após a interrupção do IBP. A sorologia não é adequada para controle da

erradicação.

EFEITO DO TRATAMENTO DE ERRADICAÇÃO DO H. PYLORI NAS LESÕES PRÉ-CANCERÍGENAS

O risco de câncer gástrico é ligado à gravidade e extensão da atrofia, metaplasia intestinal e displasia. A questão principal é saber se com a erradicação do H. pylori, as lesões pré-cancerígenas regressarão e se o processo de carcinogênese será interrompido.

A reversibilidade da atrofia e da metaplasia gástrica é controversa. Uma metanálise demonstrou diminuição significativa de lesões gástricas atróficas no corpo; em antro, as mesmas não foram significativas. De forma diametralmente oposta, não foram demonstradas regressão da metaplasia intestinal. A erradicação precoce do H. pylori pode, então, prevenir o desenvolvimento de câncer gástrico pois existe um ponto de “não retorno”, a partir do qual a erradicação do H. pylori já não é mais eficiente em termos de prevenção do câncer gástrico.

VIGILÂNCIA ENDOSCÓPICA DAS LESÕES PRÉ-CANCERÍGENAS

Os pacientes que apresentam lesões como atrofia severa ou metaplasia intestinal em todo estômago ou em sua parte proximal, devem realizar vigilância regular. Na ausência de displasia, o controle endoscópico deve ser feito a cada três anos. Em caso de displasia de alto grau sem lesão endoscópica visível, uma reavaliação endoscópica é necessária imediatamente, com realização de biópsias múltiplas; endoscopias de controle devem ser realizadas em seguida de seis em seis meses, todos os anos. Em caso de lesão endoscópica visível, uma ressecção deve ser considerada a fim de obter um diagnóstico histológico mais preciso.

DOENÇA DE BIERMER

A prevalência de adenocarcinoma gástrico em caso de gastrite crônica atrófica tipo A se situa entre de 1 a 3%, enquanto a de tumor carcinóide gástrico fica entre 1 e 7%. O risco parece ser mais elevado no primeiro ano de diagnóstico. Então, uma endoscopia inicial é recomendada quando feito o diagnóstico de doença de Biermer, a fim de procurar por lesões pré-cancerígenas ou tumores carcinóides. O valor de monitoramento futuro não foi demonstrado.

PÓLIPOS GÁSTRICOS ADENOMATOSOS

Após uma ressecção endoscópica de um ou vários pólipos gástricos adenomatosos, um controle em um ano é uma medida razoável, a fim de pesquisar recidiva local ou o aparecimento de outros pólipos. Em caso de controle negativo, uma vigilância endoscópica deve ser feita a cada três a cinco anos.

GASTRECTOMIA PARCIAL

Após uma gastrectomia parcial, os estudos de acompanhamento demonstraram a ocorrência de câncer de coto gástrico em 4 a 6%. O risco aumenta em 15 a 20 anos após uma gastrectomia. Os dados da literatura são insuficientes para recomendar uma vigilância endoscópica sistemática de pacientes submetidos a uma gastrectomia parcial. Uma endoscopia inicial é necessária para pesquisar uma infecção pelo *H. pylori* e de lesões pré-cancerígenas na anastomose e no coto gástrico. Na ausência de lesão, uma vigilância deve ser iniciada após um intervalo de 15 a 20 anos.

PREVENÇÃO DO CÂNCER GÁSTRICO EM CASO DE DOENÇAS GENÉTICAS

CÂNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITÁRIO

As formas hereditárias do câncer gástrico do tipo difuso são caracterizadas por um modelo de transmissão autossômico dominante, com penetrância elevada. O diagnóstico do câncer gástrico hereditário do tipo difuso é geralmente mais precoce que a formas esporádicas. Uma mutação deletéria na linhagem germinativa do gene *CDH1*, responsável pela codificação da proteína de adesão intracelular E-caderina, é identificado em cerca de 50% dos casos. Essa alteração é igualmente associada a um risco maior de carcinoma mamário do tipo lobular infiltrante e de adenocarcinoma colorretal. A mutação do gene *CDH1* deve ser pesquisada nos indivíduos nas seguintes situações:

- pelo menos dois casos de câncer gástrico do tipo difuso comprovado em parentes de primeiro ou segundo grau, com um caso diagnosticado antes de 50 anos;
- pelo menos três casos de câncer gástrico do tipo difuso comprovado em parentes de primeiro ou segundo grau, qualquer que seja a idade do diagnóstico;
- câncer gástrico do tipo difuso diagnosticado em

idade inferior a 45 ou 40 anos;

- associação de um câncer gástrico do tipo difuso com um carcinoma mamário do tipo lobular infiltrante ou colorretal em um mesmo indivíduo ou em de parentes de primeiro ou segundo grau.

Essa pesquisa pode ser também indicada em caso de grupos familiares com carcinoma mamário do tipo lobular infiltrante não ligado ao BRCA, na ausência de um antecedente familiar de câncer gástrico. Devido à falta de eficácia demonstrada frente à vigilância endoscópica e de um tratamento médico preventivo capaz de diminuir o risco de câncer e da gravidade do quadro, uma gastrectomia total profilática deve ser considerada em pacientes portadores da mutação do gene *CDH1*.

SÍNDROME DE LYNCH

Em caso de Síndrome de Lynch, o risco acumulado de câncer de estômago é de 5% acima de 70 anos. Em países com alta incidência de câncer gástrico (Coreia, Japão), o risco de desenvolver câncer de estômago é maior, sugerindo participação de fatores ambientais. A maioria deles é do tipo intestinal (73 a 79%).

A vigilância endoscópica em pacientes com Síndrome de Lynch não é indicada pela sociedade europeia. Uma EDA pode ser proposta juntamente com a colonoscopia inicial para pesquisa do *H. pylori*, a fim de erradicá-lo. Uma vigilância endoscópica pode, entretanto, ser indicada em países com alta incidência de câncer de estômago.

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

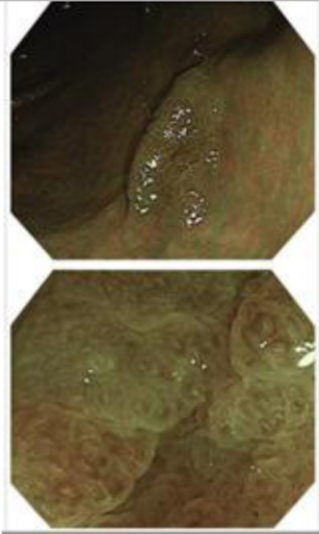
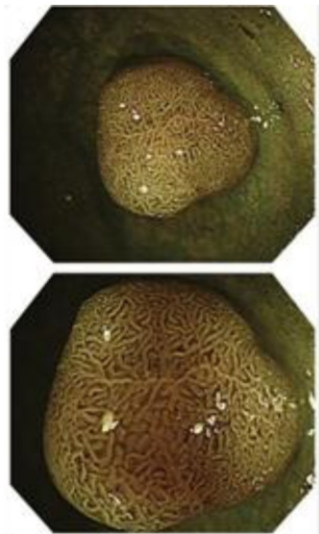
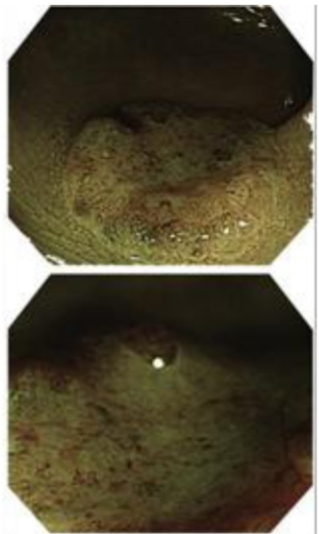
O risco de câncer de estômago é baixo em caso de polipose adenomatosa familiar, ao contrário do câncer de duodeno ou de jejuno proximal, que é 300 vezes mais comum em relação à população geral. O início da vigilância endoscópica do trato digestivo alto começa entre 20 e 30 anos, com atenção maior para o duodeno e jejuno proximal. Não está recomendado vigilância para pólipos de glândula fúndica. Pólipos adenomatosos de antro gástrico devem ser ressecados.

Traduzido do original em francês, por Dra. Yolanda Tolentino, Dr. Rodrigo Dias, Dra. Viviane Fittipaldi e Dra. Priscila Pollo.

CLASSIFICAÇÃO DO MÊS

NBI CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL ENDOSCÓPICA COLORRETAL (NICE)*

Gastrointestinal Endosc 2013; 78:625-32

	TIPO 01	TIPO 02	TIPO 03
COR	Igual ou um pouco mais claro que o fundo	Coloração mais amarronzada que o fundo (verificar as cores que surgem dos vasos)	Marrom ao marrom escuro relacionado ao fundo; algumas vezes, áreas brancacentas irregulares
VASOS	Nenhum ou vasos rendilhados isolados percorrendo através da lesão	Vasos amarronzados cercado estruturas brancacentas	Áreas com vasos interrompidos ou ausentes
PADRÃO DE SUPERFÍCIE	Manchas escuras ou brancas de tamanho uniforme ou ausência de um padrão homogêneo	Estrutura brancacenta oval, tubular ou estrutura ramificada cercado por vasos marrons**	Amorfa ou ausência de padrão
TIPO HISTOLÓGICO PROVÁVEL	Hiperplásico	Adenoma***	Câncer invasivo na submucosa profunda
EXEMPLOS			

*Pode ser utilizada com colonoscópios com ou sem magnificação óptica.

** Essas estruturas (regular ou irregular) podem representar as pits e o epitélio de abertura das criptas.

*** Tipo 2 consiste na classificação de Viena tipo 3, 4 e superficial (todos os adenomas com displasia de baixo ou de alto grau ou carcinoma submucoso superficial). A presença de displasia de alto grau ou carcinoma submucoso superficial pode ser sugerida pela presença de vasos ou padrão de superfície irregular; é frequentemente associada à morfologia atípica (por exemplo, áreas deprimidas).



PRÓXIMOS EVENTOS

5-7
MAR

DIGESUL 2015 – CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE DOENÇAS DIGESTIVAS
LOCAL Recanto Cataratas Resort, Foz do Iguaçu, Paraná.
INFORMAÇÕES www.digesul.com.br

9-11
ABR

IX SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
LOCAL Hotel Jatiúca, Maceió, Alagoas
INFORMAÇÕES www.twixar.me/Zng
TEL/FAX: (82) 3325-3468 | 3325-7590 Comunic Eventos

24-25
ABR

INTERGASTRO & TRAUMA 2015
LOCAL Centro de Convenções e Exposições de Campinas, SP.
INFORMAÇÕES www.intergastro.com.br | eventos.jpn@globocom.com

15-16
MAI

I CONGRESSO INTERNACIONAL E INTERDISCIPLINARIO ARGENTINO DE DISFAGIA Y TRASTORNOS DEGLUTORIOS DE LA PREVENCIÓN A LA RECUPERACIÓN
LOCAL Universidad Cattolica Argentina (UCA), Puerto Madero, Buenos Aires, Argentina
INFORMAÇÕES www.congresodisfagia.com

16-19
MAI

DIGESTIVE DISEASE WEEK - DDW 2015
LOCAL Washington, EUA
INFORMAÇÕES www.ow.ly/GRXaj

21-23
MAI

CONGRESSO SUDESTE DE VIDEOCIRURGIA
LOCAL Vila Galé, Angra dos Reis, RJ
INFORMAÇÕES www.videocirurgiasudeste.com.br
TEL/FAX: (21) 2215-4476 congresso@videocirurgiasudeste.com.br

4-6
JUN

11º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CÂNCER GÁSTRICO
LOCAL World Trade Center São Paulo, Brooklin Novo, São Paulo, SP.
INFORMAÇÕES www.11igcc.com.br | congressos@ccmew.com
TEL/FAX: (11) 3061-1495

PATROCINADORES RIO



RESIDÊNCIA MÉDICA EM ENDOSCOPIA CREDENCIAMENTO PELO MEC NO RIO DE JANEIRO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

ENDEREÇO

Rua Mariz e Barros, 775, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP - 20270-004.

CONTATOS

(21) 2264-5844
residenciahugg@unirio.br

RESPONSÁVEIS

Luis Gustavo Périssé
Ronaldo Taam

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA)

ENDEREÇO

Praça Cruz Vermelha, 23, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20230-130

CONTATOS

(21) 3207-1000
www.inca.gov.br

RESPONSÁVEL

Gustavo Francisco de Souza e Mello

Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva – Estadual Rio de Janeiro (SOBED-RJ)

Rua da Lapa, nº 120, salas 309 a 311, Lapa, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20021-180

Telefones: (21) 2507-1243 | Fax: (21) 3852-7711

www.sobedRJ.com.br | sobedRJ@infolink.com.br